



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Article original

Entre maladie et handicap : repenser la critique psychiatrique de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Between disease and disability: Rethinking the psychiatric critique of the 1975 French law in favor of disabled people

Nicolas Henckes

CERMES3, centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société, CNRS UMR 8211, Inserm U988, EHESS, université Paris Descartes, 7, rue Guy-Môquet, 94801 Villejuif cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 1^{er} février 2012

Accepté le 13 juillet 2012

Disponible sur Internet le 29 septembre 2012

Mots clés :

Politique du handicap

Politique de sectorisation psychiatrique

Désinstitutionnalisation

Mouvements d'usagers

France

1960-1980

R É S U M É

Cet article analyse la controverse suscitée par la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées parmi les psychiatres français au cours de la seconde moitié des années 1970. Cette controverse a joué en effet un rôle déterminant pour stabiliser et imposer une définition et des représentations des catégories de handicap et de maladie psychique qui marquent encore aujourd'hui le débat sur le « handicap psychique » en France. Dans un premier temps, l'article éclaire les conditions de la controverse en la situant dans la trajectoire d'ensemble de la dynamique réformatrice dans le domaine sanitaire et social au cours des années 1960 et 1970. Le second temps de l'article examine le débat spécifique autour d'une mesure de la loi d'orientation, la création de foyers de post-cure pour malades mentaux chroniques, pour montrer comment celui-ci a participé à redéfinir les enjeux de la chronicité psychiatrique.

© 2012 Association ALTER. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

This article analyzes the controversy raised among psychiatrists by the law of the 30 June 1975 in favor of disabled people in France in the second half of the 1970s. This controversy played a major role in stabilizing definitions and representations of categories of disability and mental disorder, which still bear a strong influence on today's French debates upon "handicap psychique". The first

Keywords:

Disability policies

Mental health policies

Deinstitutionalization

Users' association

France

1960-1980

Adresse e-mail : henckes@vjf.cnrs.fr

part of the article shows how the controversy emerged within the reform dynamics that dominated French health and social policies in the 1960s and 1970s. The second part examines the specific debate concerning a project of nursing homes for long-term mentally disordered people that took place within this controversy in order to show how it contributed to the redefinition of psychiatric chronicity.

© 2012 Association ALTER. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le problème du « handicap psychique », tel qu'il a émergé en France au cours des 15 dernières années, soulève deux ensembles de questions distincts : les premières concernent la compréhension des limitations à la participation sociale auxquelles font face les personnes atteintes de pathologies psychiatriques graves dans la société française contemporaine ; les secondes, la reconnaissance de ces personnes et la prise en compte de leurs difficultés dans des politiques, des dispositifs, des actions et des institutions. On peut penser que c'est la façon dont sont aujourd'hui abordés ces deux ensembles de questions qui explique jusqu'à un certain point les difficultés auxquels font face les promoteurs de cette catégorie et parmi eux les associations d'usagers. Alors que les psychiatres ont joué et continuent de jouer un rôle déterminant dans l'élaboration de la réponse aux premières, c'est en dehors du dispositif psychiatrique et singulièrement de la politique de secteur que les usagers cherchent à faire avancer les secondes. Cette tension au cœur même de la définition du handicap psychique est l'un des enjeux centraux de l'élaboration des politiques en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques chroniques aujourd'hui¹.

Ce sont les origines de cette configuration d'acteurs autour du handicap psychique que cet article voudrait éclairer en proposant une analyse de la controverse suscitée parmi les psychiatres français au cours de la seconde moitié des années 1970 par la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Je suggère en effet que cette controverse a joué un rôle déterminant pour stabiliser et imposer une définition et des représentations des catégories de handicap et de maladie mentale qui marquent encore aujourd'hui le débat sur ces enjeux, et dont le destin heurté de la catégorie de handicap psychique est l'un des aspects saillants. En effet, loin d'avoir été inventée dans le cours du débat des années 2000 sur la révision de la loi d'orientation comme les acteurs eux-mêmes tendent à le croire, cette catégorie est couramment employée jusqu'au début des années 1970 par l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, usagers comme professionnels, pour qualifier les problèmes des personnes atteintes de pathologie mentale chronique au sortir de l'hospitalisation. C'est l'un des résultats les plus spectaculaires de la controverse sur la loi d'orientation que d'avoir rendu cette catégorie pratiquement inacceptable voire impensable à partir du début des années 1980. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple particulièrement significatif, au début de la décennie 1960, l'un des responsables de la principale association d'usagers de la psychiatrie, l'Union nationale des familles et amis de malades mentaux (Unafam) pouvait voir « l'aurore d'une grande espérance au service des grands handicapés » dans les projets de son organisation (Compte rendu en 1964). En 1981, son successeur est cependant obligé de justifier devant ses adhérents la revendication du statut de handicapé pour les malades psychiques stabilisés : « Nous ne considérons pas que les malades stabilisés, même ceux dont on craint qu'ils ne soient chroniques, doivent être considérés comme « irrécupérables » ; nous considérons que pendant le temps où ils ne sont pas rétablis, tant qu'ils n'ont pas retrouvé leur force, leur

¹ Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à projets « Handicap psychique, autonomie et vie sociale » du programme de recherche « Handicap psychique », lancé par la DREES-MiRe et la CNSA, en partenariat avec l'Unafam et en collaboration avec la DGAS, le GIS-IRESP. Je remercie particulièrement les responsables de cet appel d'offre pour leur soutien. Je tiens par ailleurs à remercier l'Unafam, son ancien président Jean Canneva, Bertrand Escaig ainsi que l'équipe du siège de l'association, pour l'accueil qu'ils ont réservé dans leurs murs à cette recherche. Je remercie également les experts anonymes pour leurs commentaires qui ont significativement aidé à améliorer ce texte.

pouvoir de concentration et d'attention, ils sont « de jure » des handicapés » (Intervention d'Y. Gasser, Treizième congrès national de l'Unafam, *Bull. Unafam*, 1981, 2-3).

Si l'opposition suscitée parmi les psychiatres français par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées est connue des sociologues et historiens de la psychiatrie (Ayme, 1995 ; Castel, 1982 ; Henckes, 2007) comme de ceux du handicap (Chauvière, 2000), tant les ressorts de cette opposition que ses conséquences pour la gestion des problèmes concernés restent cependant mal compris. Une raison en est à mon sens le parti méthodologique pris par la plupart de ces travaux de mettre au centre de l'analyse les aspects cognitifs des politiques publiques dans ce domaine, c'est-à-dire les cadres d'interprétation ou référentiels supposés avoir guidé leur élaboration et leur mise en œuvre (Muller, 2000). Pour la plupart des auteurs, la controverse se ramènerait ainsi à un différend sur l'interprétation des catégories mêmes du handicap et de la maladie mentale, différend dont l'une des manifestations les plus visibles fut une critique durable par les psychiatres du concept de handicap. Cette interprétation soulève néanmoins deux difficultés. La première est qu'elle met vraisemblablement trop de poids sur la cohérence de l'action publique là où, de fait, les politiques tant en faveur des personnes handicapées que des malades psychiques doivent aussi être analysées comme la juxtaposition de mesures répondant à des demandes particulières et s'inscrivant par ailleurs dans des temporalités différentes. On a ainsi rarement relevé le fait que la loi d'orientation comprenait des mesures spécifiques pour les « malades mentaux chroniques », dont je suggère qu'elles ont joué un rôle déterminant dans l'émergence de la controverse. La seconde difficulté est que l'opposition des psychiatres au handicap a bien été le résultat de la controverse et non son point de départ. J'ai montré ailleurs que jusqu'à la fin des années 1960, les représentations, les outils et les concepts sur lesquels s'appuyait la politique du handicap étaient en effet très largement partagés par les acteurs de la psychiatrie, qui faisaient de la réadaptation des malades psychiques l'un des objectifs centraux de leur travail auprès d'eux (Henckes, 2009). Le retournement des psychiatres sur ce point et la critique qu'ils développèrent après 1975 des concepts de handicap et de réadaptation ne peuvent être pris comme explication mais doivent au contraire être eux-mêmes expliqués.

Dans ce qui suit je suggère que la réaction des psychiatres à la loi d'orientation doit être analysée dans le cadre de la dynamique institutionnelle structurant l'élaboration des politiques sociales dans le courant des années 1960 et 1970, c'est-à-dire en tenant compte des contraintes institutionnelles qui ont participé à façonner les stratégies des acteurs. La période est en effet marquée par une profonde réorganisation de l'action publique dans le domaine médical, social et médico-social, dont une dimension centrale est la différenciation d'une série nouvelle de politiques en direction de certaines catégories de populations. Les développements des politiques du handicap et de la santé mentale à partir des années 1970 traduisent ainsi l'essor d'administrations disposant de logiques d'action et s'appuyant sur des réseaux d'acteurs différents. L'opposition des psychiatres à l'assimilation des malades mentaux chroniques aux personnes handicapées peut alors être analysée comme un révélateur des tensions entre ces deux univers institutionnels.

Cette interprétation s'appuie en particulier sur la consultation des archives de la principale association d'usagers dans le champ de la psychiatrie adulte, l'Unafam, ainsi que de celles relatives à l'élaboration de la loi d'orientation conservées par la direction des affaires sociales au centre des archives contemporaines, qui apportent un éclairage nouveau sur les discussions². Précisément, ces archives démontrent la place occupée dans les débats sur la politique du handicap par la négociation des frontières entre celle-ci et les autres secteurs de l'action publique, négociation qui, concernant son articulation à la politique de santé mentale, se cristallise autour de la création de foyers de post-cure à caractère social pour malades psychiques chroniques. Promus par les associations d'usagers dès les années 1960 comme une alternative à l'hôpital psychiatrique, ceux-ci sont rejetés par les professionnels de la santé mentale au motif qu'ils conduisent à occulter la dimension dynamique de la psychopathologie tandis qu'ils posent problème aux efforts de l'administration de rationaliser

² Les archives ministérielles sont conservées au centre des archives contemporaines de Fontainebleau où on a consulté en particulier les versements 19910084 et 19930246. Dans le reste de cet article, ces sources sont référencées par l'abréviation CAC suivie du numéro du versement et de celui du carton concerné. Concernant l'Unafam, on a consulté les archives conservées au siège de l'association qui ne sont pas référencées. *Bull. Unafam* renvoie au Bulletin de liaison de l'association publié trimestriellement et sans interruption à partir de sa création en 1963.

l'organisation des institutions médico-sociale. À l'issue de la période, le projet est mis en échec, mais les débats qu'il a suscités ont contribué à transformer dans son ensemble la compréhension que les acteurs ont eue des catégories en jeu.

Dans un premier temps, l'article revient sur les conditions du débat entre psychiatrie et maladie mentale donnant quelques éléments d'ensemble sur la trajectoire de la dynamique réformatrice au cours des années 1960 et 1970 dans le champ médico-social et sur la controverse des années 1970 sur le handicap dans les milieux psychiatriques. Dans un second temps, il analyse le débat spécifique autour des foyers de post-cure pour malades mentaux chroniques. Pour cela, il examine successivement les conditions dans lesquelles ces foyers sont devenus un enjeu pour les acteurs du handicap et de la psychiatrie et les discussions autour de leur mise en œuvre après 1975.

Deux politiques et deux philosophies

Au cours de l'une des nombreuses réunions organisées à la Commission des maladies mentales du Ministère de la santé sur la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées après 1975, comparant celle-ci avec les orientations à l'œuvre dans la politique de santé mentale depuis le début des années 1960, une fonctionnaire du ministère, Marie-Rose Mamelet, résuma en une phrase le sentiment qui inspirait de nombreux participants : « On est en face de deux politiques et de deux philosophies » (Commission des maladies mentales. Réunion du groupe de travail psychiatrie de secteur. Réunion du 3 décembre 1976. CAC 19910084-28). De façon abrupte, le constat, qui comportait dans la bouche de Mamelet une critique explicite de la politique du handicap, marquait bien la reconnaissance de ce que handicap et maladie mentale relevaient désormais de deux secteurs distincts de l'action publique entre lesquels il paraissait exister d'évidentes contradictions. Cette section donne quelques éléments pour situer l'émergence de cette différenciation dans les logiques institutionnelles de production des politiques sociales au cours des années 1960 et 1970.

Il reste à dresser la cartographie des transformations profondes qui ont affecté l'ensemble de la protection sociale en France entre la fin 1960 et le début des années 1980. Réforme de l'hôpital en 1958 et 1970, sectorisation psychiatrique en 1960, politique de la vieillesse dans la suite du rapport Laroque de 1960, essor de la planification sociale à partir de 1962, réforme du droit des incapables majeurs en 1968, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi sur les institutions sociales et médico-sociales en 1975, lutte contre la pauvreté et l'exclusion à la fin de la décennie 1970 : dans le domaine sanitaire et social les années 1960 et 1970 apparaissent bien comme le grand moment réformateur de l'après guerre en France, et c'est dans ce contexte global qu'il faut situer chaque réforme particulière. Tout se passe comme si, après la création de la Sécurité sociale au sortir de la seconde guerre mondiale, les années 1960 et 1970 avaient été consacrées à mettre en adéquation les moyens avec celle-ci. Ces ajustements concernent tant les instruments de la redistribution, et en particulier le rapport de la Sécurité sociale à l'aide sociale dans la production de la protection sociale, que les institutions de prise en charge. Ils sont le fruit à la fois des projections d'ensemble développées par certains acteurs comme le Commissariat général au plan ou, à partir de la fin des années 1960, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), et de mobilisations sectorielles mêlant professionnels, fonctionnaires et militants. Si ce n'est pas le lieu de proposer une analyse d'ensemble de ces réformes, je veux cependant souligner deux éléments saillants de cette dynamique réformatrice qui sont importants pour la compréhension de la controverse psychiatrique sur le handicap.

Le premier est le rôle moteur joué par la réforme hospitalière tout au long de la période, qui apparaît à la fois comme l'avant-garde et, à bien des égards, le *primum movens* de ce mouvement de réformes. La croissance des dépenses sociales, diagnostiquée dès le début de la décennie 1960, le poids de l'hôpital dans ces dépenses (Benamouzig, 2005 ; Palier, 2002), ainsi que le rôle joué par le corps médical dans le changement social en France contribuent à faire de l'hôpital l'une des priorités de la planification lorsque celle-ci est étendue aux équipements sanitaires et sociaux en 1953 (Jobert, 1981). Dès les années 1950, sont ainsi prises les premières mesures visant à rationaliser l'organisation et le financement du dispositif hospitalier, qui sont renforcées par la réforme Debré de 1958 et surtout par la réforme hospitalière de 1970. Cette dernière introduit en

particulier l'idée d'un recentrement de l'hôpital sur ses fonctions de soin qui, outre l'institution d'une carte sanitaire, se traduit par l'interdiction aux établissements du service public hospitalier de gérer des structures ne relevant pas de leurs missions d'établissements de santé (Art. 30, Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière). Les hôpitaux psychiatriques se distinguent par l'implication des médecins hospitaliers dans la réflexion sur leur devenir mais la même logique de rationalisation de l'affectation des moyens préside aux orientations les concernant. La politique de sectorisation psychiatrique lancée par la circulaire du 15 mars 1960, qui constituera pour les décennies suivantes le cadre de la désinstitutionnalisation – au sens de déshospitalisation – à la française, est ainsi d'abord conçue comme une manière de mieux utiliser le tissu hospitalier et de le recentrer sur ses missions de soin auprès des malades présentant les pathologies les plus graves, tandis que des alternatives à l'hospitalisation doivent être développées pour certaines catégories.

Les réformes à caractère « social » des années 1960 et 1970 peuvent à bien des égards être analysées comme des réponses à ces politiques hospitalières. L'un des problèmes que soulèvent ces dernières est en effet le devenir d'un certain nombre de services hébergés par les hôpitaux, des hospices aux services de « chroniques », en passant par les centres de post-cure ou de convalescence et certains services des hôpitaux psychiatriques, dont le caractère médical ne paraît pas évident. Ces services présentent des conditions d'accueil unanimement condamnées tandis que l'affectation des populations concernées paraît être le plus souvent faite en dehors de toute logique médicale. De nombreux textes critiquent ainsi les détournements dont sont l'objet ces institutions, qui accentuent leur caractère de relégation – ainsi par exemple des hospices qui accueillent en principe des personnes de plus de 60 ans mais qui, en fait, sont encombrés par certaines populations présentant des troubles psychiques ou des déficiences mentales qui relèveraient plutôt des hôpitaux psychiatriques ; ou des services pour grands déficients des hôpitaux psychiatriques qui font obstacle à leur « rendement thérapeutique » et plombent leur atmosphère (en particulier la série des rapports annuels de l'IGAS). La question des malades psychiques chroniques émerge ainsi d'abord dans ce contexte comme celle des institutions susceptibles d'accueillir cette catégorie alors que l'on juge qu'elle n'a plus sa place à l'hôpital psychiatrique.

Le second élément saillant est la dynamique propre des politiques « sociales » impulsées au cours de la période, de la vieillesse au handicap en passant par la tutelle ou la pauvreté. Alors que l'expertise médico-économique domine la politique hospitalière, celles-ci sont en effet marquées par des formes inédites de mobilisation sociale dans un mélange d'encouragement politique, de dynamique professionnelle et d'initiative privée, qui traduisent l'émergence de nouveaux groupes sociaux : du côté des usagers, une nouvelle classe moyenne susceptible de se mobiliser pour des prises en charge plus respectueuses des personnes, dont les militants associatifs forment une sorte d'avant-garde ; du côté des professionnels, de nouvelles catégories de salariés des services, formés aux sciences humaines et développant de nouvelles formes d'engagement dans le travail auprès des personnes (Muel-Dreyfus, 1983). L'implication de ces acteurs dans les politiques les concernant est relayée par un système de consultations organisé en amont du travail parlementaire, qui permet la participation directe des usagers au travail législatif et aboutit par ailleurs à la constitution d'une série de réseaux denses de spécialistes là où ils n'existaient pas déjà. Cette dynamique est bien illustrée par la politique du handicap qui, avec l'institution du Conseil consultatif des personnes handicapées en 1975, consacre probablement pour la première fois dans l'histoire des politiques sociales en France la reconnaissance des usagers dans l'élaboration des politiques les concernant.

Les politiques sociales des années 1960 et 1970 ne se sont certes pas réduites aux enjeux organisationnels au centre de la politique hospitalière. Leurs promoteurs ont au contraire souligné les objectifs de déshospitalisation qui étaient les leurs. Les problèmes de l'insertion professionnelle, du maintien à domicile, de l'adaptation sociale, voire, jusqu'à un certain point, de la qualité de vie des personnes concernées, ont été parmi les grandes innovations de ces politiques, qu'ont théorisées les acteurs eux-mêmes avec l'idée d'« action sociale globale » (Belorgey, 1976). Je veux suggérer que la résolution de la question organisationnelle a cependant été une condition pour aborder ces thèmes. Surtout, c'est dans une large mesure parce que politiques hospitalières et politiques sociales ont correspondu à deux manières différentes d'aborder ces problèmes, à partir d'administrations, d'outils, de réseaux d'acteurs, de conceptions de la régulation et d'approches différentes du « social », que la

controverse psychiatrique sur le handicap a pris l'ampleur qu'elle a eu. Ce point est l'objet de la section suivante.

Psychiatres contre handicap

On peut penser de fait que la position occupée par les psychiatres dans l'élaboration de la loi d'orientation a été un facteur important dans l'émergence de la controverse. Depuis la fin des années 1960, la psychiatrie joue un rôle à la fois important et ambigu dans les discussions sur le handicap en France. L'une des deux grandes catégories qui composent les populations cibles de la loi d'orientation – l'enfance inadaptée – est directement liée notamment au travail réalisé par un segment de la profession sur ses objets depuis la seconde guerre mondiale (Chauvière, 1980 ; Pinell & Zafiroopoulos, 1978 ; Zafiroopoulos, 1981). Côté adultes, dès avant 1975 un segment important de la discipline s'est engagé dans la réflexion sur le handicap, notamment parmi certains médecins des hôpitaux psychiatriques qui ont développé un intérêt pour la réhabilitation des malades psychiques (Henckes, 2009). Ainsi, l'un des premiers ouvrages paru en France portant explicitement sur le handicap est dû à un psychiatre issu de ce courant (Veil, 1968). Certains psychiatres ont par ailleurs participé de près à l'élaboration de la loi d'orientation, notamment Serge Lebovici, conseiller technique de la ministre de la Santé, ou le rapporteur du texte à l'Assemblée Nationale, Jacques Blanc, neuropsychiatre et responsable associatif dans le sud-ouest de la France. Mais les psychiatres ont été peu consultés, en tant que groupe organisé, en amont du vote de la loi et ils ont été tenus dans une ignorance relative de l'état du projet. À l'issue du processus, l'impression qui domine la profession est que la loi a été faite par les usagers et l'administration.

Cela explique la vigueur de la controverse dès le lendemain du vote de juin 1975, autant que son caractère manifestement inattendu pour la plupart des participants. Dès la fin de l'année 1975, les psychiatres s'emparent du texte pour faire une analyse d'ensemble des transformations à la fois pratiques et conceptuelles qu'il paraît apporter tant à leurs objets qu'à leurs conditions de travail. L'une des actions les plus spectaculaires est le dépôt d'un recours devant le Conseil d'État contre certains décrets d'application, qui conduit à leur réécriture. Les problèmes soulevés par la loi d'orientation sont également mis à l'ordre du jour de la Commission des maladies mentales, la principale instance consultative sur les questions de psychiatrie auprès du Ministère de la santé, qui a joué un rôle central dans le développement de la politique de santé mentale depuis le début des années 1950 ; elle y occupe une bonne partie des débats jusqu'à la fin de la décennie. La plupart des syndicats y consacrent des journées d'étude qui mobilisent largement la profession. En 1977, la Fédération des sociétés de Croix-Marines, qui rassemble des associations gestionnaires de structures extra-hospitalières dans le domaine psychiatrique et qui s'est imposée de façon plus générale comme un important lieu de réflexion sur la chronicité psychiatrique et la réadaptation, consacre son congrès annuel à la question : alors que l'assemblée est ordinairement le lieu de débats policés et peu revendicatifs, les participants développent cette année-là un catalogue impressionnant de griefs et une session organisée avec une fonctionnaire de la Direction de l'action sociale tourne littéralement au procès (les allocutions et le compte rendu des discussions dans la *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale* [Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1977a, b]). Par ailleurs, le débat divise également l'administration centrale, les fonctionnaires de la Direction générale de la santé adoptant globalement les positions des psychiatres contre leurs collègues de l'Action sociale.

Si le débat prend ainsi la forme d'une confrontation nette entre deux positions, le contenu de celles-ci est complexe à analyser. L'opposition des psychiatres à la loi d'orientation est marquée en effet à la fois par un refus de certaines mesures spécifiques, dont les commissions d'orientation et les foyers – problème sur lequel je reviendrai dans les sections suivantes – et par une dénonciation plus générale des institutions créées par le texte. La critique de la notion de handicap, sur laquelle on a beaucoup insisté et que j'ai évoquée en introduction, est une dimension importante de cette opposition, mais elle a été une manière de la théoriser a posteriori plus qu'une réelle option idéologique : pour les psychiatres, handicap signifierait fixation dans un état de déficit, négation de la dimension évolutive de la pathologie mentale et en fin de compte aliénation de la personne ; certaines franges de la profession radicalisent la critique pour lui donner un contenu anti-institutionnel en résonance avec le mouvement social des années 1970. Or non seulement, comme je l'ai rappelé plus haut, cette critique

émerge en fait dans le cours du débat, mais elle apparaît en décalage avec l'usage très pragmatique et relativement peu déterminé que font du concept les promoteurs de la loi d'orientation – rappelons en particulier que cette dernière n'en donne pas de définition. En fin de compte, les psychiatres imposent une interprétation du handicap au service de leur analyse du dispositif créé par la loi d'orientation. La critique de ce dernier, telle qu'on peut la reconstituer à la lecture des différents débats, comporte en fait trois aspects importants.

Le premier concerne la position de la médecine en général, et de la psychiatrie en particulier, dans le dispositif créé par la loi d'orientation. On sait que la loi crée un système de commissions devant lesquelles les personnes concernées doivent se présenter pour obtenir la reconnaissance de leur handicap et le bénéfice d'une compensation. Le passage devant la commission est par ailleurs nécessaire pour avoir accès à certains services et institutions : la mesure concerne en particulier, pour les enfants, les instituts médico-éducatifs. Cela donne de fait l'impression aux psychiatres qui travaillent dans ces institutions d'être mis sous la tutelle des commissions. Plus largement, ces dernières sont jugées être des machineries administratives lourdes, trop distantes des personnes, dont les avis sont rendus sans la consultation de celles-ci mais aussi sans la consultation des spécialistes concernés et qui de ce fait, loin d'apporter les simplifications promises, contribuent à alourdir le parcours des personnes tout en mettant en danger le secret médical auquel elles ont droit. C'est pour ces motifs que les psychiatres déposent un recours au Conseil d'État³. La critique concerne par ailleurs également le statut des établissements encadrés par la loi auxquels celle-ci donne un statut médico-social et qui dès lors échappent à la juridiction des psychiatres – laquelle ne s'étend, par définition, que sur le secteur médical. À terme, ces derniers craignent que cette nouvelle concurrence constitue un obstacle au développement de leurs propres institutions.

Le deuxième aspect de la critique des psychiatres est la remise en cause de l'assistance, de son sens et de la manière dont elle est mise en œuvre par la loi d'orientation. L'origine de cette critique se situe dans la conception de la réadaptation des malades mentaux qu'a développée un segment de la profession depuis la fin de la seconde guerre mondiale de la réadaptation des malades mentaux : pour ces psychiatres, celle-ci doit être entièrement mise au service de la thérapie dont elle est indissociable. En 1947, le psychiatre Paul Sivadon écrit ainsi que : « Si en effet en médecine somatique l'assistance est une simple condition de l'acte thérapeutique ou un palliatif à son insuccès, en matière psychiatrique elle est en elle-même un acte thérapeutique, souvent le seul nécessaire » (Sivadon, 1947). Cela explique la façon dont ces psychiatres abordent dès les années 1950 les premières mesures en faveur de la réadaptation professionnelle des personnes handicapées : celles-ci sont pour eux autant d'opportunités qui peuvent faciliter le processus thérapeutique ; elles ne doivent pas être une fin en elles-mêmes et n'ont de sens que si elles sont mises en œuvre à l'initiative du médecin. Plus largement, sur un plan moral et philosophique, les psychiatres mettent l'accent sur le processus de normalisation plutôt que sur le statut que celui-ci crée pour les personnes concernées. À partir des années 1960, l'essor de la psychanalyse conduit par ailleurs à une radicalisation des positions : normaliser est conçu comme un processus de durée indéfinie, assimilé au soin au long cours ; il ne saurait passer par des palliatifs ou des mesures d'assistance qui ne seraient pas pensées dans le cadre d'une relation thérapeutique (Chiland & Béquart, 1974). En 1975, c'est cette conception que la loi d'orientation, en affirmant véritablement un statut de la personne handicapée, paraît remettre en cause.

Le troisième aspect de la critique psychiatrique de la loi d'orientation est de toute évidence une forme de défiance envers les usagers et singulièrement les familles, auxquelles la politique du handicap paraît avoir fait une place démesurée. Si les relations entre psychiatres et familles n'ont jamais été simples, le débat sur le handicap voit les positions s'exacerber. C'est par exemple dans telle réunion les remarques sur les familles « appâtées par l'allocation » ou sur le « système » qui « pourrait permettre de se détériorer chez soi, sans que les familles éprouvent désormais le besoin d'un soin » (propos tenus à la Commission des maladies mentales, séance du 3 décembre 1976, CAC 19910084 28) ; c'est

³ Précisément, le recours au Conseil d'État, soutenu par une large coalition de syndicats de psychiatres et par le conseil de l'ordre, attaque la composition des Commissions départementales d'éducation spéciale et le caractère obligatoire des mesures prononcées lorsqu'elles s'imposent à des structures à caractère médical. Les textes concernant les commissions chargées des adultes handicapés posent les mêmes problèmes que ceux concernant les enfants même s'ils ne sont pas attaques en droit. Sur ces différents points, voir le dossier conservé en CAC 19930246 12.

aussi l'analyse par un sociologue de ce que le conservatisme de la loi d'orientation porte la marque de l'intervention des familles (Mottez, 1977). En somme, celles-ci participeraient à la production du handicap lorsqu'elles cherchent à obtenir la reconnaissance du statut de handicapé pour leurs proches – ce à quoi les familles rétorquent qu'au contraire c'est la psychiatrie qui entretient la maladie de son patient. Le différend reflète surtout l'incapacité des professionnels à aborder positivement le besoin de reconnaissance des familles et le fait que ce besoin passe par la création d'un statut pour leur proche.

En regard de ces critiques radicales de certains aspects fondamentaux de la loi d'orientation, on peut juger que la mobilisation des psychiatres contre le handicap a été dans l'ensemble un échec. Dès la fin des années 1970, la loi d'orientation devient une ressource pour les malades psychiques, dont les psychiatres n'ont pas été les derniers à reconnaître l'intérêt. L'histoire des foyers de post-cure développée dans les deux prochaines sections permet cependant d'avancer une autre analyse. L'opposition des psychiatres si elle n'a pas affecté le dispositif d'ensemble institué par la loi d'orientation a toutefois empêché l'inscription de mesures spécifiques pour les malades psychiques chroniques et par là, elle a eu des conséquences majeures pour leur prise en charge.

« Une gamme d'établissements appropriés à leurs différents cas ». Les foyers de post-cure pour malades mentaux chroniques dans la loi d'orientation

À l'intérieur du débat général sur le handicap, celui consacré aux foyers de post-cure pour malades psychiques chroniques adultes a non seulement joué le rôle d'un aiguillon, il a aussi été un débat autonome, marqué par ses enjeux propres et qui a contribué à faire avancer un certain nombre de points. La question des foyers de post-cure pour malades psychiques renvoie en fait à des discussions anciennes en psychiatrie puisque l'on peut faire remonter au seconde tiers du XIX^e siècle les premières propositions systématiques sur le sujet. La réflexion moderne sur la question est cependant liée à des initiatives lancées par des psychiatres au lendemain de la guerre. En 1953, le psychiatre Paul Sivadon ouvre ainsi dans le cadre d'une association, « l'Élan retrouvé », un foyer dans le treizième arrondissement de Paris destiné à accueillir les malades qui sortent de son service (Diébolt, 1997). Parallèlement, la Fédération des Croix-Marines, fondée en 1952, encourage dans toute la France la création de services pour encadrer la post-cure des malades psychiques : foyers, services tutélaires, ateliers de réadaptation (Arveiller, 2002). Par ailleurs, quelques psychiatres ouvrent des structures de réadaptation originales, comme le centre de post-cure et de réadaptation sociale agricole de l'Ouest ouvert en 1961 à Billiers, dans le Morbihan.

L'ouverture et le fonctionnement de ces institutions posent à chaque fois d'importantes difficultés qui sont résolues au cas par cas, grâce à des subventions exceptionnelles et à la bonne volonté des autorités. À partir du début des années 1960, le lancement de la sectorisation facilite en principe le financement de certaines de ces structures dans le cadre d'accords avec la Sécurité sociale. La circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation psychiatrique prévoit explicitement les foyers de post-cure parmi les institutions que les décideurs locaux peuvent planifier dans le cadre de la politique de santé mentale. À Paris, l'Association de santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme dans le 13^e arrondissement, qui devient dans le courant de la décennie la vitrine de la psychiatrie de secteur en France, crée ainsi trois foyers jusqu'à la fin de la décennie 1960. La reconnaissance des foyers sectorisés pose cependant le problème nouveau du statut des foyers « non sectorisés », surtout lorsque leurs promoteurs souhaitent en faire des structures non médicalisées et à caractère social. D'une part, cette option interdit en effet une prise en charge par la Sécurité sociale tandis que le recours à l'aide sociale est soumis à une condition de ressources ; pour les familles issues des classes moyennes qui n'ont pas droit à celle-ci l'accueil en foyer d'un proche qu'elles ne peuvent pas garder à domicile pose des problèmes financiers parfois insurmontables. D'autre part, pour accueillir d'anciens malades psychiques, ces foyers supposent un accompagnement médical qu'il faut organiser. Si la question dépasse dans une certaine mesure la psychiatrie, elle s'y pose de façon particulièrement vive. C'est ce qui explique que dans le courant des années 1960, elle est d'abord soulevée par les professionnels eux-mêmes, notamment au sein de la Fédération des Croix-Marines (Bentejac & Demangeat, 1965). C'est cependant l'Union nationale des familles et amis de malade mentaux (Unafam) qui porte le débat dans les milieux du handicap et qui en fait un enjeu pour la loi d'orientation.

Depuis sa création en 1963 par des familles parisiennes et lyonnaises avec le soutien de la Ligue d'hygiène mentale, composée pour l'essentiel de parents de malades psychiques, l'Unafam s'est imposée comme la principale association d'usagers de la psychiatrie à l'échelle du pays (Henckes, 2011). Elle développe une vision riche des problèmes que rencontrent les personnes au sortir de l'hospitalisation et elle a engagé une série d'actions pour obtenir des solutions dans les différentes politiques publiques qui se mettent en place. Pour l'Unafam, il est clair que la sortie de l'hôpital psychiatrique correspond rarement à une guérison mais plus souvent à un état de stabilisation des troubles, caractérisé par la permanence de certains symptômes et le risque toujours présent de la rechute. Par ailleurs, les familles sont généralement mal armées pour faire face à ces situations lorsqu'elles doivent héberger leur proche. Dès le milieu des années 1960, plusieurs sections locales de l'association développent des projets pour faciliter la sortie de l'hôpital psychiatrique, la plupart en collaboration avec d'autres organisations, dont quelques uns aboutissent effectivement. Les foyers apparaissent alors comme une option parmi une diversité d'autres : assurance survie, actions pour obtenir l'extension des droits à la Sécurité sociale, réforme de la protection des majeurs incapables.

À la fin des années 1960, les responsables de l'association lancent un projet de foyer à Monéteau près d'Auxerre, avec lequel ils espèrent créer un nouveau modèle institutionnel. Le projet prévoit d'accueillir une trentaine d'anciens malades dans une structure elle-même non médicalisée mais qui bénéficierait de l'intervention de consultants psychiatriques locaux. Faute de subvention publique, l'acquisition et l'aménagement des locaux doivent être financés par les familles dont les proches seront les premiers pensionnaires du foyer, dans le cadre d'une société civile immobilière. Pour ce qui est du fonctionnement, l'association obtient un agrément par la Sécurité sociale comme maison de repos et de convalescence (Rapport moral 1972, *Bull. Unafam* 1973, 1). Cet arrangement permet la prise en charge des séjours à 100 %, mais il la limite à une période de trois mois éventuellement reconductible une fois, alors que l'association souhaite que soient permis des séjours de durée indéterminée. Par ailleurs, sa préférence irait à une répartition des frais entre la Sécurité sociale pour les frais médicaux et la personne elle-même pour l'hébergement, selon un principe de double tarification (Rapport moral 1974, archives de l'Unafam). Au total l'expérience est jugée encourageante en ce qu'elle montre la pertinence du modèle, mais elle fait aussi la preuve d'une lacune des réglementations.

Au tournant des années 1970, les initiatives de l'Unafam en faveur de la post-cure des malades psychiques rejoignent une série de débats et d'initiatives concernant la prise en charge d'autres catégories et en particulier celle des « grands arriérés ». Pris en charge jusqu'à leur majorité par les instituts médico-pédagogiques, à l'âge adulte, ces derniers sont souvent accueillis dans les hôpitaux psychiatriques lorsqu'ils sont incapables du minimum d'autonomie nécessaire pour mener une vie en milieu normal, où cependant leurs familles comme l'administration et certains psychiatres jugent qu'ils n'ont pas leur place. Une circulaire du 27 août 1963, à la rédaction de laquelle certains psychiatres ont participé, a prévu la création de centres annexés aux hôpitaux psychiatriques (Zafiroopoulos, 1981). La création de ces institutions pose cependant un certain nombre de difficultés dans un contexte de tensions croissantes entre le corps psychiatrique et l'administration. À la fin de la décennie, à l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse, en région parisienne, une unité de ce type est ainsi au centre d'un conflit de plusieurs mois entre les psychiatres et la préfecture de la Seine, les premiers critiquant la dimension ségrégative du projet (voir le dossier conservé aux archives de Paris, 1513W-41). Parallèlement, l'action en faveur des arriérés de l'Union nationale des parents d'enfants inadaptés (Unapei), l'autre grande association d'usagers active dans le domaine psychiatrique, même si elle ne concerne pas prioritairement les adultes, participe à jeter une lumière sur ces problèmes.

À partir de la fin de la décennie 1960, sortir ces populations des hôpitaux psychiatriques devient une revendication majeure des familles et une priorité pour les entrepreneurs de la loi en préparation sur le handicap. Les premiers avant-projets de loi prévoient ainsi la création d'établissements assurant une surveillance et des soins constants pour les personnes handicapées non autonomes. La perspective est bien la création d'institutions d'un nouveau type à côté des établissements psychiatriques, proposant une prise en charge médicale limitée à des soins de maternage, créant ainsi un modèle qui à terme doit pouvoir concerner d'autres catégories, notamment les personnes âgées (« Projet de communication sur une loi d'orientation relative aux handicapés » note non datée, non signée, CAC 19930246-6). La proposition soulève cependant deux difficultés importantes qui expliquent qu'elle

disparaisse du projet à partir de 1973 pour n'y être réintroduite qu'en 1974 par un amendement du rapporteur du projet à l'Assemblée Nationale, Jacques Blanc : la première est le caractère médical ou social du dispositif, certains participants au débat proposant une double tarification ; la seconde concerne la coordination avec les hôpitaux qui sera rendue plus complexe si l'on sort ces institutions de la planification sanitaire. Au début de l'année 1974, les discussions sur ces deux points aboutissent à la conclusion que ces institutions doivent être financées sur des crédits santé tout en restant en dehors du ressort de la loi hospitalière⁴.

Dans l'esprit de l'administration et des parlementaires, ces foyers ne concernent pas les personnes souffrant de troubles psychiatriques évolutifs. Cependant, la rédaction de l'article est suffisamment large pour que l'Unafam y voie une première réponse à ses revendications. L'association juge néanmoins qu'il faut prévoir des institutions offrant un suivi médical moins lourd et surtout évolutif, qui permette d'envisager le retour à l'autonomie des personnes. Dès les premières consultations organisées par le secrétariat d'État à l'action sociale en 1973, ses responsables ont fait parvenir une série de demandes spécifiques, dont la plus insistante est la création de foyers sur le modèle de celui des Boisseaux et décrits comme des « milieux d'accueil [des] malades à la sortie des hôpitaux psychiatriques et où ces malades devraient être maintenus tout le temps nécessaire à leur état, c'est-à-dire sans limitation a priori de durée ». (Lettre du Président de l'Unafam à M.-M. Dienesch, 18 février 1974, CAC 19930246 6). La proposition n'est cependant pas retenue par l'administration qui la juge « sans portée pratique » : selon une analyse développée par le directeur de l'action sociale, René Lenoir, ou bien la personne est en post-cure et entre dans le cadre des structures hospitalières existantes, ou bien elle est trop handicapée pour bénéficier d'une certaine autonomie et elle doit alors faire l'objet de soins de maternage dans les structures à caractère sanitaire telles que celles dont on envisage la création, ou bien encore elle relève de foyers sociaux qui peuvent être organisés dans le cadre de l'aide sociale (Note non titrée, non datée, chemise « Commission permanente. 4 mars 1974. Bilan des consultations » CAC 19930246 6). Les foyers de post-cure pour malades chroniques ne correspondent donc pas à un type institutionnel nouveau. La mesure a cependant une évidente portée symbolique et, combiné à l'intervention de sénateurs approchés par l'Unafam, c'est l'argument qui conquiert finalement le gouvernement et conduit à son adoption par les parlementaire au printemps 1975 sous la forme d'« établissements recevant des malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale » (loi n° 75-354 du 30 juin 1975, art. 47).

À l'issue du débat, le texte de loi promulgué le 30 juin 1975 prévoit ainsi dans deux articles deux nouveaux types d'institutions en direction de deux catégories de populations distinctes : d'une part, les « grands handicapés » nécessitant une surveillance constante pour une durée a priori indéterminée ; d'autre part, les malades mentaux chroniques, nécessitant un encadrement moins lourd et pour une durée a priori finie, mais dont le texte ne fixe pas le terme. Le débat a ainsi abouti à une nouvelle cartographie des services et des institutions pour handicapés et malades psychiatriques, qui est ainsi décrite par René Lenoir, devenu secrétaire d'État, au cours du débat au Sénat :

« Les malades auront ainsi à leur disposition toute une gamme d'établissements appropriés à leurs différents cas. Ou bien, le malade mental se trouve en période de maladie aiguë, évolutive et il est dans un hôpital psychiatrique. Ou bien, il sort de cet hôpital et ne peut s'insérer immédiatement dans le milieu normal ; dès lors s'il a besoin, au contraire, d'une sorte de soutien pour sa réadaptation, il disposera d'un établissement approprié. [...] Ou bien, autre hypothèse encore, il sort de cet hôpital psychiatrique alors que l'on sait parfaitement qu'il ne sert à rien de le recueillir dans une structure intermédiaire et qu'il aura besoin de toute façon d'une structure protégée. Il faudra alors qu'il se fasse admettre dans un foyer pour handicapés [...] ». (Séance du 16 avril 1975. *Journal officiel de la République française. Débats parlementaires. Sénat*, pp. 543–544).

L'article sur les foyers pour malades psychiques chroniques est probablement la première disposition introduite en faveur de ces personnes dans la législation française sous l'impulsion des usagers. Il est également la seule référence explicite aux malades psychiques dans la loi d'orientation, ce qui fera

⁴ Loi n° 75-354 du 30 juin 1975, art. 46.

dire après coup à l'un des artisans de celle-ci qu'il y introduit un élément de « discordance » (Sibileau, 1977). En cela, il reflète cependant bien les deux enjeux de rationalisation de la protection sociale et de reconnaissance des populations qui parcourent les politiques sociales de la période : il vise à régler l'affectation des personnes dans le système nouveau de protection sociale qui émerge de la période qu'il vise à régler. C'est également cette reconnaissance des personnes concernées en dehors de la psychiatrie qui posera problème aux psychiatres.

Entre thérapie et déficit, quelle chronicité psychiatrique ?

La réaction des psychiatres au vote des deux articles 46 et 47 de la loi d'orientation est en effet vigoureuse ; surtout, elle conduit à faire évoluer d'un coup la position de la profession sur un certain nombre d'enjeux. Un premier débat sur les foyers de post-cure pour malades mentaux chroniques a en fait eu lieu de façon relativement confidentielle à la Commission des maladies mentales dès avant le vote de la loi d'orientation, au début de l'année 1974 (réunions du groupe psychiatrie de secteur, 23 janvier, 22 février et 22 mars 1974. CAC 19910084-28). La question a été mise à l'ordre du jour par les fonctionnaires de la Direction de la santé, qui veulent un avis sur des projets que leur soumettent des sections de l'Unafam sur le modèle du foyer de Monéteau. La discussion, menée en l'absence de représentants des familles, développe une condamnation sans équivoque des projets. Pour les psychiatres, la réadaptation des malades mentaux est du ressort de la psychiatrie de secteur ; vouloir l'organiser dans des institutions qui assurent par ailleurs l'hébergement et le soin revient à construire de nouveaux asiles. Des fonctionnaires de la direction de l'Action sociale suggèrent néanmoins que ces foyers posent le problème des limites de la psychiatrie. La discussion se conclut de façon consensuelle sur un avertissement contre une interprétation déviante de la politique de sectorisation si elle est amenée à faire obstacle à l'évolution de ses clientèles vers l'autonomie, mais aussi sur le constat d'une inadéquation des textes pour l'encadrement de certaines catégories de malades.

La discussion qui se développe après juin 1975 sur les foyers prévus par la loi d'orientation reprend ces arguments tout en en apportant de nouveaux. Les deux articles posent en fait des problèmes distincts et connaissent des trajectoires divergentes. Les foyers de l'article 47 paraissent n'être pas soutenus très vigoureusement par l'administration et de fait ils suscitent peu de débat. En octobre 1976, une réunion organisée avec des psychiatres de la Commission des maladies mentales conduit à une condamnation unanime de la mesure qui n'est jugée acceptable que dans des conditions très restrictives : durées de séjour strictement limitées à six mois, locaux de 25 lits au plus (réunion du 28 octobre 1976 sur les modalités d'application de l'article 47 de la loi du 30 juin 1975. CAC 19910084-28). L'opposition des psychiatres paraît être suffisante pour faire obstacle à l'application de la mesure : si plusieurs projets de décret d'application paraissent circuler dans la seconde moitié des années 1970 aucun n'aboutit et les foyers pour malades mentaux chroniques sont enterrés.

C'est le débat sur les foyers pour « grands handicapés » de l'article 46 qui fait véritablement bouger les lignes. Plusieurs réunions sont organisées à la commission des maladies mentales sur la question, un groupe de travail a été créé au Centre technique national d'études et recherches sur les handicaps et l'inadaptation (CTNERHI) pour y réfléchir et l'administration a élaboré plusieurs scénarios (voir le dossier conservé in CAC 19930246-11). Ces consultations font entendre les arguments qui ont été développés à propos des autres foyers mais elles font aussi émerger une nouvelle zone de problèmes : le rapport entre déficience et maladie mentale. Pour les psychiatres, s'il est clair que le principe de l'accueil de malades psychiques dans des institutions non psychiatriques n'est pas acceptable, celui de personnes souffrant de déficience mentale ne l'est pas davantage car, en réalité, cette dernière ne se présente jamais sans un fond psychopathologique ; plus encore, toute définition que l'on pourrait donner des populations de ces institutions en termes de « personnes handicapées » risquerait de concerner la plupart des malades psychiques chroniques qui souffrent également de symptômes déficitaires : or ces dernières relèvent avant tout de la thérapie. Cette position repose sur ce qui est en fait une ambivalence : d'un côté les années 1960 et 1970 voient les psychiatres rejeter massivement les visions déficitaires de la pathologie mentale au nom d'approches en termes de conflit (Ehrenberg, 1998) ; de l'autre côté, ils peinent cependant à définir exactement ce qui caractérise le long cours dans la maladie mentale, l'objet du soin en dehors des crises et ce qui justifie le maintien en institution, si

ce n'est précisément en termes d'un déficit empêchant leur intégration sociale. Cela conduit ainsi à un brouillage catégoriel qui marque durablement le débat.

Ce débat conduit l'administration à donner une rédaction très restrictive aux textes d'application publiés à la fin de 1978. Les foyers pour grands handicapés, renommés Maisons d'accueil spécialisées sont strictement réservés à des « personnes atteintes d'une déficience ou d'un ensemble de déficiences somatiques graves, sensorielles ou intellectuelles, dès lors du moins que ces personnes ne présentent pas de troubles psychiatriques prédominants ». Le texte souligne explicitement que cela « conduit à écarter du champ d'application de l'article 46 de la loi d'orientation les malades mentaux dont l'état nécessite des traitements actifs et un soutien de caractère psychiatrique » (Circulaire 62 AS du 28 décembre 1978 relative aux modalités d'application de l'article 46 de la loi 75-534 du 30 juin 1975). Par ailleurs, le système d'autorisation mis en place par le décret, qui impose l'agrément du Ministère de la santé pour toute création d'établissement, est un frein à la mise en œuvre effective de la mesure. En 1985, seuls 84 établissements auront été créés totalisant un peu moins de 3500 places ; les chiffres monteront à 297 établissements et 12 000 places environ en 1998, là où une note de 1976 prévoyait un « stock » de près de 40 000 individus concernés pris en charge jusque là dans les hôpitaux psychiatriques, les instituts médico-éducatifs et les hospices. À la fin des années 1970, les psychiatres ont ainsi réussi à réduire significativement la portée des mesures prévues par la loi d'orientation en faveur des malades psychiatriques.

Conclusion

Les débats des années 1970 sur les foyers de post-cure pour malades mentaux chroniques et plus généralement sur les rapports entre maladie mentale et handicap ont eu de profondes répercussions sur la prise en charge des personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques. À partir du début des années 1980, les acteurs font en effet face à une situation paradoxale marquée, d'un côté, par le constat d'une opposition voire d'une contradiction irréductible entre les buts et les moyens des politiques du handicap et de la psychiatrie de secteur et, de l'autre côté, par un brouillage des catégories au croisement de ces deux dispositifs. Une conséquence de cette nouvelle configuration est qu'il est devenu impossible de penser que les personnes souffrant de troubles psychiques au long cours soient autre chose que des personnes malades : le déclin de l'expression même de handicap psychique que l'on a relevée au début de cet article en est la meilleure illustration.

Le prix à payer pour cette évolution a été l'invisibilisation des populations concernées. Le débat sur le handicap annonce en effet ce qui sera pour les trois décennies à venir l'une des principales limites à l'action des usagers de la santé mentale, même si la ligne qu'adoptera cette limite évoluera à mesure qu'évolueront le débat psychiatrique et la réglementation sociale : la tentative de créer des structures non médicales tout en bénéficiant d'un financement de la sécurité sociale ; ou encore de créer des structures à caractère non psychiatrique pour des personnes souffrant de troubles psychiques. Si des initiatives locales puis l'encouragement des pouvoirs publics ont permis au cours du temps de faire évoluer significativement à la fois les positions et le dispositif dans le sens des projets de l'Unafam, le débat contemporain reste marqué par la difficulté à penser en dehors des soins psychiatriques les réponses aux problèmes des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves. On peut penser que ces limites sont au cœur du problème du handicap psychique aujourd'hui.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- Arveiller, J. P. (2002). *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix Marine*. Ramonville-Sainte-Agne: Erès.
- Ayme, J. (1995). *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*. Ramonville-Saint-Agne: Erès.
- Belorgey, J. M. (1976). *La politique sociale*. Paris: Seghers.
- Benamouzig, D. (2005). *La santé au miroir de l'économie : une histoire de l'économie de la santé en France*. Paris: Presses universitaires de France.

- Bentejac, Demangeat, M. (1965). Du sanitaire au social en pratique psychiatrique. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 4.
- Castel, R. (1982). *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*. Paris: Éd. de Minuit.
- Chauvière, M. (1980). *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy*. Paris: Éditions ouvrières.
- Chauvière, M. (2000). Critiques oubliées et réactions contrastées à la loi de 1975. In C. Barral, F. Paterson, H. J. Stiker, & M. Chauvière (Eds.), *L'institution du handicap. Le rôle des institutions* (pp. 291–302). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Chiland, C., & Béquart, P. (Eds.). (1974). *Traitements au long cours des états psychotiques*. Toulouse: Privat.
- Diébolt, E. (1997). *De la quarantaine au quarantenaire, histoire du foyer de post-cure de l'Élan*. Paris: Éditions de l'Élan Retrouvé.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Paris: Odile Jacob.
- Henckes, N. (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*. Thèse de sociologie, école des hautes études en sciences sociales, Paris.
- Henckes, N. (2009). Les psychiatres et le handicap psychique de l'après guerre aux années 1980. *Revue Française des Affaires Sociales*, 1, 25–40.
- Henckes, N. (2011). *La politique du handicap psychique. Familles, psychiatres et état face à la chronicité des maladies mentales, des années 1960 aux années 1980. Rapport de recherche dans le cadre du programme handicap psychique, autonomie, vie sociale, DREES-MiRe/CNSA*. Villejuif: CERMES 3.
- Jobert, B. (1981). *Le social en plan*. Paris: Éditions ouvrières.
- Mottez, B. (1977). Les réactions à l'égard de la loi d'orientation. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 3, 209–220.
- Muel-Dreyfus, F. (1983). *Le métier d'éducateur. Les instituteurs de 1900, les éducateurs spécialisés de 1968*. Paris: Éditions de Minuit.
- Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques: sociologie politique de l'action publique. *Revue Française de Science Politique*, 50(2), 189–207.
- Palier, B. (2002). *Gouverner la sécurité sociale : les évolutions du système français de protection sociale depuis 1945*. Paris: Presses universitaires de France.
- Pinell, P., & Zafiroopoulos, M. (1978). La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 24, 23–49.
- Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale* (1977) n° 3.
- Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale* (1977) n° 4.
- Sibilleau, J. (1977). Origine et genèse de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 3, 171–186.
- Sivadon, P. (1947). L'assistance extra-hospitalière. Vers une assistance psychiatrique extra-hospitalière efficace. *Annales Médico-psychologiques*, 1(1), 30–51.
- Veil, C. (1968). *Handicap et société*. Paris: Flammarion.
- Zafiroopoulos, M. (1981). *Les arriérés de l'asile à l'usine*. Paris: Payot.